

紫波町高齢者インフルエンザ・高齢者新型コロナウイルス感染症
予防接種券（60～64 歳）申請書

令和 年 月 日

紫波町長 鎌 田 千 市 様

申請者
住所
氏名
電話
被接種者との続柄

次により高齢者の予防接種を希望するので、接種券を申請します。

予防接種の種類 希望の予防接種に☑	☐ 高齢者インフルエンザ予防接種 ☐ 高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種	
被 接 種 者	住所・電話	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者とは別 住 所 紫波町 電 話 ()
	氏名	男 ・ 女
	生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日生 歳
予防接種を実施 する 医 療 機 関	名称	
	所在市町村	
障害者手帳の種類 (手帳の写しを添付 すること)	☐ 心臓 ☐ じん臓 ☐ 呼吸器の機能 ☐ ヒト免疫不全ウイルスによる機能障害	
同 意 欄 (生活保護の場合)	予防接種の無料接種券交付決定のため、生活保護受給世帯台帳を閲覧することに同意します。 令和 年 月 日 ☐ 本人 ☐ 代理人 氏名	

※ 本人以外が申請した場合も、被接種者に意思確認をし、該当箇所に記入のこと。
被接種者の接種希望意思確認 意思（ 有 ・ 無 ）